



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien:
Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL

Hüftendoprothesenversorgung

Erfassungsjahr 2019

Stand: 29.04.2020

Impressum

Thema:

Statistische Basisprüfung Auffälligkeitskriterien: Plausibilität und Vollzähligkeit nach QSKH-RL.
Hüftendoprothesenversorgung. Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2019

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

29.04.2020

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26 340
Telefax: (030) 58 58 26-999

verfahrensupport@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	4
850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	7
851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	9
851905: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	11
851906: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation	13
851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	16
850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	19
850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	22
850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	24
850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	27
850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	30
850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	33
850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	36
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	38
Anhang II: Listen	40
Anhang III: Vorberechnungen	42
Anhang IV: Funktionen	43
Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien	45

850152: Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
32:F	Frakturereignis	M	1 = war Grund für die stationäre Krankenhausaufnahme 2 = ereignete sich erst während des stationären Krankenhausaufenthaltes	FRAKTUREREIG
67:PROZ	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
69:PROZ	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
84:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	850152
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Komplikationen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlende Dokumentation von spezifischen Komplikationen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 50,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	<p>Bei einer Erstimplantation und einer Wechselprozedur in einem Basisdatensatz gilt die Dokumentationsqualität als unauffällig, wenn die kodierte Entlassungsdiagnose (=EINSIN @ICD_HEP_Komplikation) nicht der Erstimplantation zuzuordnen ist, sondern als Komplikationsdiagnose bei der Wechselprozedur oder als Indikationsstellung bei einer Wechselprozedur auf der kontralateralen Seite vorliegt.</p> <p>Die DIMDI Kodierempfehlung zu Nebendiagnosen lautet: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Die ICD 10 T-Diagnosen, die im Auffälligkeitskriterium erfragt werden, bilden gemäß DIMDI "Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert" oder "Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate" ab. Die klinische Einschätzung einer Komplikation, dokumentiert durch die internationale Klassifikation der Krankheiten, gilt somit als dokumentationspflichtig in der QS-Dokumentation.</p>
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle, für die weder eine spezifische behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation noch eine postoperative Wundinfektion dokumentiert wurde. Dabei wird die Angabe von Komplikationen und Wundinfektionen über alle Prozeduren eines Falles geprüft.</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit mindestens einer endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur, die bereits bei Aufnahme vorlag, oder - mit mindestens einer elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation, <p>für die mindestens eine der Entlassungsdiagnosen T81.2, T81.3, T81.5, T81.6, T81.7, T84.0, T84.5, T84.7 oder T84.8 angegeben wurde.</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>Erläuterung der Diagnose-Codes gemäß DIMDI ICD-10-Klassifikation:</p> <p>T81.2: Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert</p>

	<p>T81.3: Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T81.5: Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist</p> <p>T81.6: Akute Reaktion auf eine während eines Eingriffes versehentlich zurückgebliebene Fremdschubstanz</p> <p>T81.7: Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>T84.0: Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese</p> <p>T84.5: Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese</p> <p>T84.7: Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p> <p>T84.8: Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate</p> <p>Das AK dient der Überprüfung von fehlenden Angaben in den Datenfeldern POKOMPLIKATSPEZ und POSTOPWUNDINFEKTION, nicht der Überprüfung der kodierten Entlassungsdiagnosen.</p>
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	all (POKOMPLIKATSPEZ ==% 0) %group_by% TDS_B & all (POSTOPWUNDINFEKTION ==% 0) %group_by% TDS_B
Nenner (Formel)	((ARTEINGRIFFHUE ==% 1 & FRAKTUREREIG ==% 1) ARTEINGRIFFHUE ==% 2) & ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Komplikation
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	ICD_HEP_Komplikation
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Nicht vergleichbar

850151: Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
66.7:W	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIPROTHFRAKTUR
68.7:PROZ	periprothetische Fraktur	K	1 = ja	PERIFRAKTUR
84:B	Entlassungsdiagnose(n)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	ENTLDIAG

Eigenschaften und Berechnung

ID	850151
Jahr der Erstanwendung	2017
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Nicht angegebene Frakturen fallen aus dem Zähler der Qualitätsindikatoren zur Messung der Komplikationsraten heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlende Dokumentation periprothetischer Frakturen (als Komplikation).</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p> <p>54120: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 50,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 50,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle ohne Angabe einer periprothetischen Fraktur als spezifische intra- oder postoperative Komplikation</p> <p>Nenner</p> <p>Fälle mit der Entlassungsdiagnose M96.6 („Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte“)</p>
Erläuterung der Rechenregel	<p>M96.6 = Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (Diese Schlüsselnummer ist nur bei einer beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetretenen Fraktur anzugeben).</p> <p>Zähler: die Angabe einer periprothetischen Fraktur wird über alle Prozeduren eines Falles geprüft</p>
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5
Zähler (Formel)	<code>all(is.na(PERIFRAKTUR)) %group_by% TDS_B & all(is.na(PERIPROTHFRAKTUR)) %group_by% TDS_B</code>
Nenner (Formel)	<code>ENTLDIAG %any_like% LST\$ICD_HEP_Knochenfraktur</code>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	ICD_HEP_Knochenfraktur
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

851804: Irrtümlich angelegte Prozedurbögen

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21:PROZ	zu operierende Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
25:PROZ	Datum des Eingriffs	M	-	OPDATUM
26:PROZ	Beginn des Eingriffs	M	-	OPZEIT

Eigenschaften und Berechnung

ID	851804
Jahr der Erstanwendung	2018
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Irrtümlich angelegte Prozedurbögen stellen einen gravierenden Dokumentationsfehler dar.</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehlerhafte Bogen-Anlegung bei Fällen, bei denen mehrere Prozeduren in einem Aufenthalt dokumentiert wurden.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	alle QIs/Kennzahlen
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2019	< 3
Referenzbereich 2018	< 5
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	Dieses AK zielt auf die Validierung des korrekten Anlegens von Prozedur-Bögen zu Fällen mit mehreren OPs während eines Aufenthaltes ab. Anders als in anderen AKs geht es also nicht um die Validierung einzelner Datenfelder. Auffälligkeiten in diesem AK deuten auf falsch angelegte Prozedur-Bögen hin.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Fälle mit Erstimplantationen, deren Prozedur-Bogen nicht derjenige mit dem frühesten OP-Zeitpunkt unter allen Prozedur-Bögen des Falles zu OPs auf der betreffenden Seite ist sowie Fälle mit mehreren Prozedur-Bögen zum gleichen Zeitpunkt auf der gleichen Seite</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Fälle mit mehr als einer OP</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<code>(!fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE & ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig %>% 1</code>
Nenner (Formel)	<code>fn_AnzahlOPs %>% 1</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_AnzahlOPs</code> <code>fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig</code> <code>fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE</code> <code>fn_OPZeitpunkt</code>
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

851905: Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
67:PROZ	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
69:PROZ	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION
72:B	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKAT
85:B	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	K	1 = ja	KOMPLEXBEHANDLUNG
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	851905
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	Relevanz Aufnahme des Datenfeldes „geriatrische Komplexbehandlung“ zum Erfassungsjahr 2019 Hypothese Unterdokumentation von Komplikationen
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	< 100,00 %
Referenzbereich 2018	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	Referenzbereich < 100 % bedeutet, dass alle Standorte auffällig werden, die keine einzige Komplikation bei Eingriffen mit langer Verweildauer angegeben haben und mindestens 10 Patientinnen und Patienten mit langer Verweildauer behandelt haben.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	Zähler Eingriffe ohne Angabe von allgemeinen behandlungsbedürftigen und spezifischen behandlungsbedürftigen intra- und/oder postoperativen Komplikationen Nenner Alle elektiven Eingriffe bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung mit postop. Verweildauer oberhalb eines eingriffsspezifischen Schwellenwertes für die Verweildauer
Erläuterung der Rechenregel	Je nach Eingriffsart wird der Schwellenwert für die postoperative Verweildauer als 95. Perzentil unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung festgelegt.
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	10
Zähler (Formel)	POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0 & POKOMPLIKATSPEZ %==% 0 & POKOMPLIKAT %==% 0
Nenner (Formel)	!ARTEINGRIFFHUE %==% 1 & poopvwdauer %>= % fn_langeVerweildauer_Hueft & !KOMPLEXBEHANDLUNG %==% 1
Verwendete Funktionen	fn_langeVerweildauer_Hueft
Verwendete Listen	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

851906: Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21:PROZ	zu operierende Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
28:PROZ	Prozedur(en)	M	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	851906
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Das Datenfeld „zu operierende Seite“ wird zur Verknüpfung von Erst- und Folge-OP für die FU-Indikatoren verwendet. Fehldokumentationen führen somit dazu, dass Follow-Up-Ereignisse nicht erkannt werden</p> <p>Hypothese</p> <p>Fehldokumentation der Seitenlokalisierung</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	10271: Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 3,00 %
Referenzbereich 2018	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	<p>Für die Weiterentwicklung des Verfahrens ist es von Bedeutung zu erfahren, nicht nur ob die Angaben in OP-Schlüsseln und QS-Dokumentation übereinstimmen, sondern auch welche Angaben letztlich korrekt waren. Wenn sich die Seitenlokalisierung der OP-Schlüssel als verlässlich erweist, so kann perspektivisch das Datenfeld ZUOPSEITE eingespart werden und somit Dokumentationsaufwand reduziert werden.</p> <p>Es wird darum gebeten in den Rückmeldungen zum Strukturierten Dialog Angaben über die Zuverlässigkeit der beiden Quellen zu sammeln und als Kommentare zum Strukturierten Dialog zurück zu melden. Unter allen Eingriffen mit nicht übereinstimmenden Seitenlokalisationsangaben: Wie hoch ist der Anteil an Eingriffen für die die Seitenlokalisierung der OP-Schlüssel korrekt dokumentiert wurde? Was sind die Gründe für eine Divergenz zwischen OP-Schlüsseln und QS-Dokumentation?</p>
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Eingriffe mit nicht übereinstimmenden Angaben zur Seitenlokalisierung zwischen QS-Datenfeld ZUOPSEITE und OPS-Seitenlokalisierung</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Hüft-Endoprothetischen Eingriffe mit übermittelter OPS-Seitenlokalisierung, die nicht die OPS-Seitenlokalisationsangabe "beidseitig" (B) tragen</p>
Erläuterung der Rechenregel	Zu jeder erfassten HEP-Prozedur wird auf dem PROZ-Bogen die „zu operierende Seite“ erfasst (ZUOPSEITE). OPSCHLUESSEL müssen gemäß DIMDI mit Seitenlokalisierung kodiert werden.
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	50
Zähler (Formel)	<code>(fn_HEPOPS_links & ZUOPSEITE %==% 1) (fn_HEPOPS_rechts & ZUOPSEITE %==% 2)</code>
Nenner (Formel)	<code>!fn_HEPOPS_beidseits & !fn_HEPOPS_fehlende_Seitenlokal</code>
Verwendete Funktionen	<code>fn_HEPOPS_beidseits fn_HEPOPS_fehlende_Seitenlokal</code>

	fn_HEPOPS_links fn_HEPOPS_rechts
Verwendete Listen	OPS_HEP_ErstImpl_B OPS_HEP_ErstImpl_L OPS_HEP_ErstImpl_R OPS_HEP>Wechsel_B OPS_HEP>Wechsel_L OPS_HEP>Wechsel_R
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet

851907: Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
21:PROZ	zu operierende Seite	M	1 = rechts 2 = links	ZUOPSEITE
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
67:PROZ	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	M	0 = nein 1 = ja	POKOMPLIKATSPEZ
69:PROZ	postoperative Wundinfektion	M	0 = nein 1 = ja	POSTOPWUNDINFEKTION

Eigenschaften und Berechnung

ID	851907
Jahr der Erstanwendung	2019
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Erfolgt innerhalb eines stationären Aufenthaltes nach einer elektiven Erstimplantation ein ungeplanter Wechsel, obwohl zur Erstimplantation keine Komplikationen angegeben wurden, so ist dies ein ungewöhnlicher Vorgang, da im Prozedurbogen auch explizit „sonstige Komplikationen“ angegeben werden können, wenn keines der konkreten Komplikations-Items zutrifft.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation von Komplikationen</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	<p>54018: Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</p> <p>54019: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</p>
Berechnungsart	Anzahl
Referenzbereich 2019	= 0
Referenzbereich 2018	AK im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	Als Anhaltspunkte welche Komplikationen möglicherweise unterdokumentiert wurden, können die Angaben dienen, die zur Indikation des Wechseleingriffs gemacht worden sind. Werden beispielsweise spezifische röntgenologische/klinische Befunde als Indikationsgrund angegeben, so können diese i.d.R. auch einer Komplikation zugeordnet werden, die beim Ersteingriff hätte dokumentiert werden müssen.
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Eingriffe ohne Angaben zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spezifischen post- oder Intraoperativen Komplikationen • postoperativen Wundinfektionen <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesen-Erstimplantationen und:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anschließender Wechsel-Operation am gleichen behandelten Gelenk(ersatz) • innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:PROZ
Mindestanzahl Zähler	2
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	POSTOPWUNDINFEKTION %==% 0 & POKOMPLIKATSPEZ %==% 0
Nenner (Formel)	ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) & fn_HEPZUOPSEITE_hat_Wechsel_und_Erstimplant
Verwendete Funktionen	fn_HEPZUOPSEITE_hat_Wechsel_und_Erstimplant
Verwendete Listen	-

Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	AK im Vorjahr nicht berechnet
--	-------------------------------

850376: Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
4:B	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	K	1 = ja	VERSICHERTENIDNEUNV
EF*	GKV-Versichertenstatus	-	versichertenstatusgkv(PERSONENKREIS;KASSEIKNR)	versichertenstatusgkv
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: EF*	GKV-Versichertenstatus	-	vstatusgkvmds(PERSONENKREIS;KASSEIKNR;ZUQSMODUL)	MDS_vstatusgkvmds

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850376
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Für nicht als GKV-Patientinnen und GKV-Patienten angegebene Fälle kann kein Patientenpseudonym gebildet werden. Diese Fälle fallen aus den Follow-up Indikatoren heraus.</p> <p>Hypothese</p> <p>Unterdokumentation</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	10271: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel- bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) sowie der Minimaldatensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt und für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist).</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Datensätze zu GKV-Patientinnen und -Patienten (= Patientinnen und Patienten mit Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte, das mit „10“ beginnt, für die kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und deren eGK-Versichertennummer vorliegt) (methodische Sollstatistik: DS_GKV) für den jeweiligen Leistungsbe- reich</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	20
Zähler (Formel)	<pre># HEP:B: versichertenstatusgkv %==% 1 & is.na(VERSICHERTENIDNEUNV) & # MDS:B: MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS_vstatusgkvmds %==% 1</pre>
Nenner (Formel)	<pre># methodische Sollstatistik: DS_GKV</pre>

Verwendete Funktionen	–
Verwendete Listen	–
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850273: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	850273
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Modul hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Modul in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Modul zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850274: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 22:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPESCHLUESSEL
MDS: 24:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850274
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit # HEP:PROZ: ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & MDS_OPESCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & !(MDS_OPESCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS) &</pre>

	! (MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18)
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEP_OPS
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850275: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 22:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPESCHLUESSEL
MDS: 24:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850275
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # HEP:PROZ: # ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2) # MDS:B: # (# MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & # MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & # !(MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% # LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS) & # !(MDS_ENTLDDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) &</pre>

	MDS_alter %>=% 18)
Nenner (Formel)	# Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_IMP # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEP_OPS
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850276: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 22:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPESCHLUESSEL
MDS: 24:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahmezeitpunkt in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850276
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle führen zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Leistungsbereichen.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2018	≥ 95,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Unterdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Die Klinik muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle im jeweiligen Modul behandelt haben.)
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und # plausiblen Datensätze mit # # HEP:PROZ: # ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) # MDS:B: # (# MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & # (# MDS_OPSCHUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEPWEC_OPS # (</pre>

	<pre> MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS & MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS)) & !(MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850277: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname ▲
24:PROZ	Art des Eingriffs	M	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	ARTEINGRIFFHUE
MDS: 1:B	zugehöriges QS-Modul	M	s. Anhang: Modul	MDS_ZUQSMODUL
MDS: 22:B	Operationen- und Prozedurenschlüssel	K	OPS (amtliche Codes): http://www.dimdi.de	MDS_OPESCHLUESSEL
MDS: 24:B	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	M	ICD-10-GM SGB V: http://www.dimdi.de	MDS_ENTLDIAG
MDS: EF*	Patientenalter am Aufnahme-tag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	MDS_alter

* Ersatzfeld im Exportformat

▲ Datenfelder aus der Minimaldatensatz-Dokumentation werden mit dem Präfix "MDS" gekennzeichnet

Eigenschaften und Berechnung

ID	850277
Jahr der Erstanwendung	2015
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Die Erweiterung der Statistischen Basisprüfung um Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit zielt darauf ab, dem Problem der Über- und Unterdokumentation in einzelnen Leistungsbereichen zu begegnen. Durch die Integration der Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit in die Statistische Basisprüfung ist es möglich, die Ursachen für Über- und Unterdokumentation systematisch im Rahmen des Strukturierten Dialogs zu eruieren und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten. Die Kriterien sind gemäß den in §24 QSKH-RL festgelegten Sanktionsgrenzen konstruiert.</p> <p>Hypothese</p> <p>Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Leistungsbereiche führen zur Überdokumentation.</p>
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	-
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 110,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 110,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Zählleistungsbereich</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für den jeweiligen Zählleistungsbereich</p>
Erläuterung der Rechenregel	Indem die Anzahl an Fällen, die laut Sollstatistik pro Zählleistungsbereich hätten dokumentiert werden müssen, mit den tatsächlich gelieferten Datensätzen pro Zählleistungsbereich in Beziehung gesetzt wird, ist es möglich, die Rate an Überdokumentation pro Zählleistungsbereich zu ermitteln.
Teildatensatzbezug	HEP:B
Mindestanzahl Zähler	20
Mindestanzahl Nenner	-
Zähler (Formel)	<pre># Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze mit # HEP:PROZ: ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4) # MDS:B: (MDS_ZUQSMODUL %==% "HEP" & (MDS_OPESCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEPWEC_OPS (MDS_OPESCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_TEP_OPS &</pre>

	<pre> MDS_OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$QSF_EP_WE_TEP_OPS)) & ! (MDS_ENTLDIAG %any_like% LST\$QSF_HEP_ICD_EX) & MDS_alter %>=% 18) </pre>
Nenner (Formel)	<pre> # Anzahl der Fälle für den Zählleistungsbereich HEP_WE # (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) </pre>
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	<pre> QSF_EP_WE_TEP_OPS QSF_HEP_ICD_EX QSF_TEPWEC_OPS QSF_TEP_OPS </pre>
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

850369: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2019

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
------	-------------	-----	------------------	----------

Eigenschaften und Berechnung

ID	850369
Jahr der Erstanwendung	2016
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz</p> <p>Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese</p> <p>Das Ausfüllen von Minimaldatensätzen in einem Leistungsbereich kann einen Hinweis auf Mängel des QS-Filters liefern. Zudem ist zu vermuten, dass durch die Einführung eines Auffälligkeitskriteriums zur Underdokumentation der Anreiz für die Verwendung von Minimaldatensätzen ansteigt.</p>
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2019	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2018	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2019	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren 2019	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul</p> <p>Nenner</p> <p>Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Anzahl der Minimaldatensätze pro Modul wird zur Anzahl der Fälle, die im betreffenden Modul hätten dokumentiert werden müssen, in Relation gesetzt, um die Rate der Minimaldatensätze zu ermitteln.
Mindestanzahl Zähler	-
Mindestanzahl Nenner	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: Modul	
01/1	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
01/2	Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom
03/1	Kataraktoperation
05/1	Nasenscheidewandkorrektur
07/1	Tonsillektomie
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
10/1	Varizenchirurgie
10/2	Karotis-Rekonstruktion
12/1	Cholezystektomie
12/2	Appendektomie
12/3	Leistenhernie
14/1	Prostataresektion
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur
17/6	Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation
18/1	Mammachirurgie
CHE	Cholezystektomie
CHE_HE	Cholezystektomie (nur Hessen)
DEK	Dekubitusprophylaxe
HCH	Herzchirurgie
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LLS	Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
MRE_HE	Multiresistente Erreger (nur Hessen)

Schlüssel: Modul	
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende
NNH	Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
SA_FRUEHREHA_HE	Schlaganfall-Frührehabilitation (nur Hessen)

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_HEP_Knochenfraktur	ICD	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	M96.6%
ICD_HEP_Komplikation	ICD	Spezifische intra- und postoperative Komplikationen	T81.2%, T81.3%, T81.5%, T81.6%, T81.7%, T84.0%, T84.5%, T84.7%, T84.8%
OPS_HEP_ErstImpl_B	OPS	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "beidseits"	5-820%B
OPS_HEP_ErstImpl_L	OPS	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "links"	5-820%L
OPS_HEP_ErstImpl_R	OPS	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "rechts"	5-820%R
OPS_HEP_Wechsel_B	OPS	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "beidseits"	5-821%B
OPS_HEP_Wechsel_L	OPS	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "links"	5-821%L
OPS_HEP_Wechsel_R	OPS	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk mit Lokalisation "rechts"	5-821%R
QSF_EP_WE_TEP OPS	OPS	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	5-829.n%
QSF_HEP_ICD_EX	ICD	Hüftendoprothetik: Implantation & Wechsel und Komponentenwechsel (Ausschlussdiagnosen)	C40.2%, C40.3%, C40.8%, C40.9%, C41.8%, C41.9%, C76.5%, C79.5%, D16.2%, D16.3%, M08.00%, M08.01%, M08.02%, M08.03%, M08.04%, M08.05%, M08.06%, M08.07%, M08.08%, M08.09%, M08.10%, M08.11%, M08.12%, M08.13%, M08.14%, M08.15%, M08.16%, M08.17%, M08.18%, M08.19%, M08.20%, M08.21%, M08.22%, M08.23%, M08.24%, M08.25%, M08.26%, M08.27%, M08.28%, M08.29%, M08.3%, M08.40%, M08.41%, M08.42%, M08.43%, M08.44%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			M08.45%, M08.46%, M08.47%, M08.48%, M08.49%, M08.70%, M08.71%, M08.72%, M08.73%, M08.74%, M08.75%, M08.76%, M08.77%, M08.78%, M08.79%, M08.80%, M08.81%, M08.82%, M08.83%, M08.84%, M08.85%, M08.86%, M08.87%, M08.88%, M08.89%, M08.90%, M08.91%, M08.92%, M08.93%, M08.94%, M08.95%, M08.96%, M08.97%, M08.98%, M08.99%, M09.00%, M09.01%, M09.02%, M09.03%, M09.04%, M09.05%, M09.06%, M09.07%, M09.08%, M09.09%, M09.10%, M09.11%, M09.12%, M09.13%, M09.14%, M09.15%, M09.16%, M09.17%, M09.18%, M09.19%, M09.20%, M09.21%, M09.22%, M09.23%, M09.24%, M09.25%, M09.26%, M09.27%, M09.28%, M09.29%, M09.80%, M09.81%, M09.82%, M09.83%, M09.84%, M09.85%, M09.86%, M09.87%, M09.88%, M09.89%, M90.75%, Q68.3%, Q68.5%, Q74.2%, Q74.3%, S32.4%
QSF_TEP_OPS	OPS	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	5-820.00%, 5-820.01%, 5-820.02%, 5-820.20%, 5-820.21%, 5-820.22%, 5-820.30%, 5-820.31%, 5-820.40%, 5-820.41%, 5-820.80%, 5-820.81%, 5-820.82%, 5-820.92%, 5-820.93%, 5-820.94%, 5-820.95%, 5-820.96%, 5-820.x0%, 5-820.x1%, 5-820.x2%
QSF_TEPWEC_OPS	OPS	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	5-821.10%, 5-821.11%, 5-821.12%, 5-821.13%, 5-821.14%, 5-821.15%, 5-821.16%, 5-821.1x%, 5-821.20%, 5-821.22%, 5-821.24%, 5-821.25%, 5-821.26%, 5-821.27%, 5-821.28%, 5-821.29%, 5-821.2x%, 5-821.30%, 5-821.31%, 5-821.32%, 5-821.33%, 5-821.3x%, 5-821.40%, 5-821.41%, 5-821.42%, 5-821.43%, 5-821.4x%, 5-821.50%, 5-821.51%, 5-821.52%, 5-821.53%, 5-821.5x%, 5-821.60%, 5-821.61%, 5-821.62%, 5-821.63%, 5-821.6x%, 5-821.f0%, 5-821.f1%, 5-821.f2%, 5-821.f3%, 5-821.f4%, 5-821.fx%, 5-821.g0%, 5-821.g1%, 5-821.g2%, 5-821.g3%, 5-821.g4%, 5-821.g5%, 5-821.gx%, 5-821.j0%, 5-821.j1%, 5-821.j2%, 5-821.jx%, 5-821.x%

Anhang III: Vorberechnungen

Vorberechnung	Dimension	Beschreibung	Wert
Perc95poopvwdauer_Art1_Hueft	Gesamt	95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur endoprothetischen Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung.	28
Perc95poopvwdauer_Art2_Hueft	Gesamt	95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur elektiven Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung.	14
Perc95poopvwdauer_Art3_Hueft	Gesamt	95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung.	35
Perc95poopvwdauer_Art4_Hueft	Gesamt	95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen zur Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung.	44

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AnzahlOPs	integer	Anzahl der Prozeduren des Falles	length(TDS_PROZ) %group_by% TDS_B
fn_AnzahlOPs_ZUOPSEITE_gleichzeitig	integer	Anzahl der Prozeduren des Falles, die zum selben Zeitpunkt und auf derselben Seite vorgenommen wurden, wie die betrachtete Prozedur	length(TDS_PROZ) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE, fn_OPZeitpunkt)
fn_HEPOPS_beidseits	boolean	Seitenlokalisierung „beidseits“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel).	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP_ErstImpl_B OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP>Wechsel_B
fn_HEPOPS_fehlende_Seitenlokal	boolean	Keine Angabe zur OPS-Seitenlokalisierung	!fn_HEPOPS_beidseits & !fn_HEPOPS_rechts & !fn_HEPOPS_links
fn_HEPOPS_links	boolean	Seitenlokalisierung „links“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel).	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP_ErstImpl_L OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP>Wechsel_L
fn_HEPOPS_rechts	boolean	Seitenlokalisierung „rechts“ beim maßgeblichen OPS-code (5-820 bei elektiver Erstimplantation, 5-821 bei Hüft-Endoprothesen-Wechsel).	OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP_ErstImpl_R OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_HEP>Wechsel_R
fn_HEPZUOPSEITE_hat>Wechsel_und_Erstimplant	boolean	Pro Behandlungsfall treten auf der gleichen zu operierenden Seite sowohl die Eingriffsart Wechsel als auch die Eingriffsart Erstimplantation auf.	as.logical(max(# ZUOPSEITE hat Erstimplantation max(ARTEINGRIFFHUE %in% c(1,2)) == 1 & # UND ZUOPSEITE hat Wechsel max(ARTEINGRIFFHUE %in% c(3,4)) == 1) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE))
fn_IstErsteOP_ZUOPSEITE	boolean	OP ist die chronologisch erste OP auf dieser Seite (links bzw. rechts)	minimum(fn_OPZeitpunkt) %group_by% c(TDS_B, ZUOPSEITE) %==% fn_OPZeitpunkt

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_langeVerweildauer_Hueft	integer	95. Perzentil der postoperativen Verweildauer unter allen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten ohne geriatrische Komplexbehandlung. Das Perzentil wird spezifisch für jede Eingriffsart berechnet.	<pre> ifelse (ARTEINGRIFFHUE ==% 1, VB\$Perc95poopvwdauer_Art1_Hueft, ifelse (ARTEINGRIFFHUE ==% 2, VB\$Perc95poopvwdauer_Art2_Hueft, ifelse (ARTEINGRIFFHUE ==% 3, VB\$Perc95poopvwdauer_Art3_Hueft, ifelse (ARTEINGRIFFHUE ==% 4, VB\$Perc95poopvwdauer_Art4_Hueft, NA_integer_)))) </pre>
fn_OPZeitpunkt	datetime	Zeitpunkt der OP (zusammengesetzt aus Datum und Uhrzeit)	<pre> as.POSIXct (paste (OPDATUM, format (OPZEIT, "%H:%M:%S")), tz = "Europe/Berlin") </pre>

Anhang V: Historie der Auffälligkeitskriterien

Ab dem Erfassungsjahr 2019 erfolgt die Zuordnung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassdatum. Aufgrund dieser Umstellung der Auswertungssystematik ist für das EJ 2019 eine Übergangsregelung notwendig, um die doppelte Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten, die bereits im EJ 2018 ausgewertet wurden, zu vermeiden. Die Auswertung zum EJ 2019 berücksichtigt deshalb nur Patientinnen und Patienten, die in 2019 aufgenommen und in 2019 entlassen wurden (d. h. Überliegerfälle sind nicht enthalten).

Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die fehlende Berücksichtigung der Überliegerfälle die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit der Auffälligkeitskriterien relevant beeinflusst, sind die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien des EJ 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres als eingeschränkt vergleichbar einzustufen. Ausgenommen sind hierbei jedoch die Auffälligkeitskriterien zur Unter- und Überdokumentation sowie zum Minimaldatensatz (MDS). Liegen bei einem Auffälligkeitskriterium weitere Gründe für die Einschränkung der Vergleichbarkeit vor, sind diese in der Spalte „Erläuterung“ erwähnt.

Aktuelle Auffälligkeitskriterien 2019

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
850152	Kodierung von Komplikationsdiagnosen ohne Dokumentation spezifischer intra- oder postoperativer Komplikationen	Nein	Ja	Nicht vergleichbar	Aufgrund der Entfernung der T81.4 Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert aus der Rechenregel sind die Ergebnisse des Jahres 2019 mit den Werten der Vorjahresauswertung nicht vergleichbar.
850151	Kodierung der Diagnose M96.6 ohne Dokumentation einer Fraktur als Komplikation	Nein	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	-
851804	Irrtümlich angelegte Prozedurbögen	Ja	Nein	Eingeschränkt vergleichbar	Der Referenzbereich wurde angepasst.
851905 (NEU)	Nie Komplikationen bei hoher Verweildauer	-	-	Im Vorjahr nicht berechnet	-
851906 (NEU)	Häufige Fehldokumentation der Seitenlokalisation	-	-	Im Vorjahr nicht berechnet	-

Auffälligkeitskriterium		Anpassung im Vergleich zum Vorjahr			
ID	AK-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
851907 (NEU)	Unterdokumentation von Komplikationen bei Erstimplantationen mit Folge-Eingriff innerhalb des gleichen stationären Aufenthaltes	-	-	Im Vorjahr nicht berechnet	-
850376	Unterdokumentation von GKV-Patientinnen und GKV-Patienten	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850273	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850274	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850275	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Erstimplantation)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850276	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (Wechsel)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850277	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (Wechsel)	Nein	Nein	Vergleichbar	-
850369	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Nein	Nein	Vergleichbar	-

2018 zusätzlich berechnete Auffälligkeitskriterien

ID	AK-Bezeichnung	Begründung für Streichung
850272	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Aufgrund der 100%-Dokumentationspflicht (§ 137 Abs. 2 SGB V) erfolgt bereits eine Sanktionierung gem. § 24 QSKH-RL. Eine Weiterführung des AK mit einem Referenzbereich von $\geq 95\%$ ist daher nicht sinnvoll.